

同意書

年 月 日

保護者の方へのお願い

患者様が未成年でいらっしゃる為、

治療を行うにあたり保護者の方の

同意が必要となります。

お手数ですが必要事項をご記入ご捺印の上、

治療当日までに当院までご提出下さい。

また、ご記入の際は必ず保護者の方の直筆で

お願い致します。

〒453-0015
愛知県名古屋市中村区椿町16-19
プリンシパル名駅ビル6F

電話番号:052-459-0031

ブランパ名古屋デンタルクリニック

治療名

・審美歯科

受診者					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 -				
電話番号					

保護者記入欄

受診者が上記治療を受ける事を承諾します。

氏名					印
続柄					
住所	〒 -				
電話番号					